

core l'épistaxis symptomatique, au commencement ou dans le cours de fièvres éruptives graves, de la fièvre typhoïde, dans quelques fièvres intermittentes, le scorbut, la chlorose, à la suite de la suppression des règles, pendant la grossesse, etc., etc.

2° EPISTAXIS TRAUMATIQUE. Elle est consécutive à un choc, à une violence extérieure; il peut alors y avoir simplement déchirure des vaisseaux sanguins de la membrane pituitaire, ou bien encore lésion simultanée de la pituitaire et fracture des os propres du nez, de la lame criblée de l'éthmoïde, des cornets, etc. D'autres fois l'hémorragie nasale est consécutive à une opération chirurgicale, l'arrachement d'un polype, par exemple.

Symptômes. Il en existe souvent de précurseurs, tels que la démangeaison dans l'intérieur des narines, l'enchifrènement, un sentiment de pesanteur vers la racine du nez, le battement des artères temporales, la congestion de la face, les bourdonnements d'oreille, la céphalalgie, etc. D'autres fois, l'épistaxis se déclare d'une façon soudaine, sans que rien ait pu la faire prévoir.

Le principal symptôme est l'écoulement de sang par une des ouvertures des fosses nasales. Le liquide s'échappe d'abord goutte à goutte, et ordinairement par l'ouverture antérieure des fosses nasales, plus rarement par les ouvertures antérieures et postérieures à la fois; ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'écoulement se fait seulement par les ouvertures postérieures. L'impétuosité avec laquelle se produit l'hémorragie est variable; dans quelques cas, le sang est rouge, chaud, très-coagulable, et alors il ne tarde pas à se recouvrir d'une couenne épaisse; parfois, au contraire, le liquide est clair, ressemblant à de la sérosité roussâtre; c'est ce qu'on observe d'ordinaire après une certaine durée de l'hémorragie. L'abondance de l'écoulement présente des différences très-marquées; quelquefois il ne s'écoule qu'une quantité très-petite de sang, qui n'a réellement d'importance qu'autant que l'hémorragie se renouvelle fréquemment; souvent alors, à la suite de ces évacuations, les malades éprouvent un soulagement notable, surtout lorsqu'ils présentaient auparavant des signes de congestion vers la tête. Dans d'autres cas, au contraire, la perte de sang est beaucoup plus considérable; d'après quelques auteurs, elle peut aller jusqu'à 37 kilogrammes, ce qui nous semble exagéré; d'ordinaire elle ne dépasse pas de 3 à 6 kilogrammes; l'écoulement alors dure souvent plusieurs jours, ou bien le sang coule comme un véritable ruisseau. Ce n'est guère que dans les cas d'épistaxis symptomatique que l'on a constaté cette excessive abondance. Le plus souvent, le sang vient de la moitié antérieure de l'une des deux fosses nasales, parfois de la partie postérieure, dans quelques cas enfin de toute l'étendue des cavités. L'écoulement se fait par l'ouverture la plus voisine du siège de l'hémorragie. Cependant, si le malade est debout ou assis, la tête inclinée en avant, le sang sort par la narine, quand même il vient de la partie postérieure des fosses nasales; si, au contraire, il est couché sur le dos, le sang tombe d'abord dans le pharynx, puis dans l'œsophage et l'estomac; quelquefois il est expulsé par la bouche, alors même qu'il vient de la partie antérieure des fosses nasales. S'il se forme des caillots à l'ouverture antérieure des fosses nasales, l'hémorragie peut

se trouver momentanément arrêtée, en apparence du moins, mais souvent elle reparait bientôt, soit à la suite d'un éternement violent, de l'action de se moucher; ou bien encore le liquide, continuant à couler, tombe dans le pharynx, et l'hémorragie se reproduit.

Dans les hémorragies nasales abondantes, on observe tous les symptômes généraux communs aux autres pertes de sang (voy. t. I, p. 32).

Lorsque les pertes de sang sont moins copieuses, mais multipliées, tous les symptômes d'une anémie profonde ne tardent pas à se montrer. Dans les hémorragies nasales graves, le plus souvent le sang ne s'échappe pas continuellement avec la même force pendant toute la durée de l'épistaxis. L'écoulement se suspend par intervalles pour reparaitre bientôt avec une nouvelle activité; alors même qu'il ne disparaît pas complètement, il diminue d'une façon notable. L'épistaxis légère dure généralement d'un quart d'heure à vingt minutes. L'épistaxis grave se prolonge plus longtemps, de quelques heures à quinze, vingt et même vingt-cinq jours, avec des intermittences se répétant plusieurs fois par jour; rarement elle persiste sans interruption pendant plus de trois ou quatre heures.

L'hémorragie nasale peut se terminer spontanément: alors l'écoulement sanguin diminue peu à peu, la chaleur reparait aux extrémités, le pouls se relève, l'affaissement est moins considérable. Des symptômes identiques annoncent que l'art a triomphé de la maladie. Après la cessation de tout écoulement, le malade présente, pendant un temps plus ou moins long, tous les signes d'une anémie en rapport avec la quantité de sang écoulé pendant l'accident.

Les moyens les plus variés ont été vantés contre l'épistaxis: la saignée générale et surtout la saignée du pied; les ventouses scarifiées à la région du foie, sur les deux hypochondres, entre les deux épaules, semblent avoir donné quelques succès dans des cas vraiment désespérés; cependant, dans la crainte de produire une syncope qui pourrait être mortelle, on ne doit y recourir qu'avec réserve et seulement dans les cas d'hémorragie active. Les ventouses sèches, la ligature des membres au-dessus des genoux et des coudes, ont peut-être une certaine efficacité; les grandes ventouses Junod ont une action plus énergique. Avant tout autre moyen, il faut recourir à l'emploi des réfrigérants; quelques praticiens soumettent le corps tout entier à l'action du froid, soit en le plongeant dans l'eau fraîche, soit en pratiquant des affusions d'eau froide sur toute l'enveloppe tégumentaire. Le plus souvent, il est préférable de se borner à appliquer sur le nez et la portion attenante de la face des linges imbibés d'eau glacée; ou bien encore on peut verser sur une compresse sèche, placée sur le nez et le front, de l'éther qui en se vaporisant produit une réfrigération. On a recours en même temps à l'emploi des styptiques et des astringents portés sur la muqueuse nasale à l'aide d'une petite tente de charpie (solutions de sulfate de fer, d'alun, de sulfate de zinc, d'acétate de plomb, eau de Rabel, etc., etc.). On prescrit aussi des boissons acidulées, telles que la limonade sulfurique, ou bien le perchlorure de fer à la dose de 15 à 20 gouttes dans un demi-verre d'eau sucrée. L'insufflation de poudres

absorbantes ou astringentes, poudre d'encens, de gomme arabique, noix de galle, cachou, donne parfois de bons résultats. S'il était possible de découvrir le point de la muqueuse qui verse le sang, on essaierait de soumettre cette partie à une compression directe. Gibon a vanté la compression de la carotide primitive, qui a réussi dans le cas où le sang ne s'écoule que d'une des fosses nasales. Négrier (d'Angers) conseille de faire tenir les bras du malade, ou seulement le bras du côté correspondant à celui par lequel se fait l'hémorragie, élevés au-dessus de la tête, en même temps qu'on comprime la narine d'où vient le sang. Cet expédient donne parfois de bons résultats, sans qu'il soit possible de se rendre compte de son mode d'action. Enfin, si tous ces moyens échouent, on pratique le tamponnement méthodique des fosses nasales.

Tamponnement des fosses nasales. Cette méthode, dérivée de la compression, comprend plusieurs procédés :

A. Tamponnement antérieur. PROCÉDÉ DE PELLETAN. On roule de la charpie en forme de bourdonnet solide, d'un volume proportionné à l'ouverture de la narine; on attache un long fil au bourdonnet, qu'on saisit à l'aide d'une pince à anneau, pour le porter horizontalement le long de la paroi inférieure de la fosse nasale jusqu'à la partie la plus reculée de la cavité, où on l'abandonne en retirant la pince. On introduit ensuite plusieurs autres bourdonnets dans la même direction, de manière à remplir exactement toute la cavité. Si le sang provient des deux fosses nasales, on procède, de l'autre côté, de la même façon. On tire ensuite à soi le fil qui a été attaché au premier bourdonnet pendant qu'on maintient le dernier bourdonnet avec le doigt; le tout se tasse ainsi dans la cavité du nez. Le point essentiel est de faire pénétrer les bourdonnets jusqu'au fond. Malgré toute l'habileté avec laquelle ce genre de tamponnement est exécuté, il se peut que l'hémorragie continue, le sang se portant en arrière et tombant dans le pharynx, d'où il est rejeté par l'expuition. Il faut alors recourir au tamponnement antéro-postérieur.

PROCÉDÉ D'ABERNETHY. On introduit par l'ouverture antérieure de la narine une sonde entourée d'une quantité de charpie suffisante pour remplir complètement la cavité; en suivant le plancher des fosses nasales, on fait pénétrer la sonde jusqu'à ce qu'on atteigne l'orifice postérieur; alors on retire la sonde, en laissant la charpie en place. Calvy remplace la charpie par de l'éponge préparée, Morand par de l'amadou, qu'il taille en forme de cône allongé et qu'il introduit dans la narine par son extrémité conique; on pousse en tournant, sans presser, jusqu'à ce que le tampon ait pénétré aussi avant que possible, de manière à occuper toute la fosse nasale. On le retient en place à l'aide d'une bandelette de diachylon qui passe sous la narine et est fixée sur les côtés du nez. L'amadou s'imprègne de sang et de mucosités, se gonfle, pénètre dans toutes les anfractuosités des fosses nasales, et comprime directement l'orifice des vaisseaux capillaires.

B. Tamponnement antéro-postérieur. On prépare un bourdonnet de charpie assez volumineux pour pouvoir obturer l'ouverture postérieure de la fosse nasale; on attache à ce bourdonnet un fil ciré double FD (fig. 202),

en ayant soin de donner à chaque chef environ 32 centimètres de longueur. Un fil simple (FS) et d'égale longueur au fil double est également noué sur le bourdonnet. On introduit alors par la narine une sonde de Belloc (S); au moyen d'un mécanisme particulier que présente la sonde, on pousse, jusque dans l'arrière-bouche, un ressort (R) contenu dans la tige de l'instrument. Le chirurgien saisit avec les doigts, ou à l'aide d'une pince, l'extrémité du ressort; il passe et noue, dans le chas du bouton qui termine ce ressort, les deux chefs du fil ciré double (FD) attaché au bour-

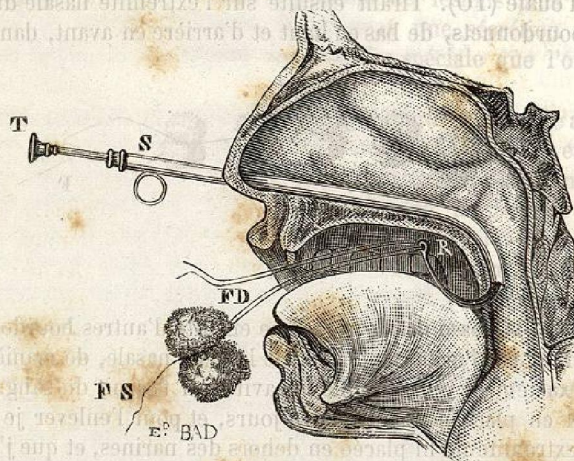


Fig. 202.

donnet. Il retire ensuite la sonde par la narine et fait ainsi remonter le ressort, qui entraîne avec lui les deux chefs réunis. On dégage alors complètement la sonde; on coupe le nœud qui a attaché à l'olive terminale du ressort le double fil dont on laisse pendre les chefs en dehors de la narine. Ces deux chefs sont alors écartés, et l'on fait glisser entre eux jusqu'à l'ouverture antérieure de la fosse nasale des bourdonnets ou de la charpie brute; on en remplit exactement toute cette ouverture et on les fixe en liant sur eux les deux fils, que l'on assujettit soit sur la joue, soit au bonnet du malade. Le fil simple sort par la bouche et est destiné à faciliter l'enlèvement du tampon. L'ouverture antérieure et l'ouverture postérieure de la fosse nasale sont ainsi exactement fermées, la cavité restant libre. Bientôt le sang, qui continue à suinter de la portion de muqueuse non comprimée, remplit la cavité, se coagule, et empêche ainsi un nouvel écoulement. Le tamponnement antéro-postérieur a réussi, dans des cas où tous les autres moyens avaient échoué. La condition essentielle pour le succès est qu'il soit bien fait. Les bourdonnets doivent remplir exactement les deux ouvertures, y être fortement engagés; si ces conditions ne sont pas remplies, la charpie ne tarde pas à s'imbibber de sang, qui s'écoule de nouveau au dehors ou dans l'arrière-bouche. On ne doit dans ces cas enlever tout l'appareil et le renouveler, qu'autant que l'hémorragie revient